FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 91

# CONSIDÉRATIONS

Sur les causes et le traitement

# DES OTITES

## MOYENNES CHRONIQUES

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JUILLET 1887*

PAR

FRÉDÉRIC PERRON

PHARMACIEN MAJOR DE 1re CLASSE DE L'ARMÉE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Né le 5 Novembre 1845, à Schlestadt (Bas-Rhin).

MM.

| | | |
|---|---|---|
| Noms des Examinateurs | MORACHE, Professeur, | *Président.* |
| | COŸNE, Professeur, | |
| | LANDE, Agrégé, | *Juges.* |
| | PIÉCHAUD, Agrégé, | |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX

*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*

**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**

**1887**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 91

# CONSIDÉRATIONS

Sur les causes et le traitement

# DES OTITES

## MOYENNES CHRONIQUES

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 JUILLET 1887*

PAR

FRÉDÉRIC PERRON

PHARMACIEN MAJOR DE 1re CLASSE DE L'ARMÉE, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Né le 5 Novembre 1845, à Schlestadt (Bas-Rhin).

MM.

Noms des Examinateurs

MORACHE, Professeur, *Président.*
COŸNE, Professeur,
LANDE, Agrégé, *Juges.*
PIÉCHAUD, Agrégé,

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX

*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*

**91, Rue Porte-Dijeaux, 91**

**1887**

# FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
## DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

### PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... | BITOT..... | MICÉ..... } Professeurs honoraires.

| | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générale | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Thérapeutique | DE FLEURY |
| Hygiène | LAVET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PICOT. PITRES. |
| Clinique chirurgicale | DEMONS. LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | |
|---|---|
| SECTION DE MÉDECINE | |
| Pathologie interne et Médecine légale | LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. |
| SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS | |
| Pathologie externe | DUDON. BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ. |
| Accouchements | LEFOUR. |
| SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES | |
| Anatomie et Physiologie | PLANTEAU. FERRÉ. |
| Histoire naturelle | NABIAS. |
| SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES | |
| Physique | BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | DENIGES |
| Pharmacie | CARLES. |

### CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. N. | Maladies mentales... N.

### COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... CARLES, agrégé.

*Le Secrétaire de la Faculté,* LEMAIRE.

---

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MARIE-ALEXANDRE PERRON

*Chef de bataillon,*

*Officier de la Légion d'honneur,*

*Chevalier de Saint-Louis, Chevalier de l'Ordre de Saint-Ferdinand d'Espagne.*

---

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

---

A LA MÉMOIRE DE MADAME DULIERRE BOYER

MA PARENTE

*Souvenirs et regrets.*

---

A MA FEMME

J'AI LE PLAISIR DE DÉDIER CE TRAVAIL

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR DULIERRE BOYER

*Pharmacien principal de première classe de l'armée, en retraite,*

*Officier de la Légion d'honneur.*

*Affection, gratitude, respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORACHE

*Directeur du Service de santé du 18e corps d'armée,*
*Officier de la Légion d'honneur, Professeur à la Faculté de Médecine,*
*Officier de l'Instruction publique,*
*Président du jury d'examen de la présente thèse.*

*Hommage de mes sentiments profondément respectueux*
*et reconnaissants.*

---

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

# INTRODUCTION

Des circonstances particulières nous ayant amené à étudier, depuis quelques années, les maladies de l'oreille, nous ne pouvions mieux faire que de choisir, pour notre dernière épreuve scolaire, un sujet prélevé dans ce groupe spécial pathologique. Nous nous proposons, en conséquence, de passer en revue les causes principales des otites moyennes chroniques, d'insister particulièrement sur quelques-unes encore peu connues, et d'apprécier les différents moyens thérapeutiques employés contre ces affections. Il y a de la témérité de notre part à nous aventurer dans une semblable entreprise, car nous émettrons parfois des idées, des opinions qui pourront paraître singulières, osées mêmes. Cependant, l'otologie étant, il faut en convenir, une science à peine née et pour ainsi dire dans l'enfance, il s'ensuit qu'une pierre de plus apportée à l'œuvre en voie d'édification pourra, quelqu'imparfaite qu'elle soit, avoir sa part d'utilité.

C'est seulement, depuis trois quarts de siècle environ, que les maladies de l'oreille ont lentement conquis la place encore restreinte qu'elles occupent dans la nosologie. L'honneur d'avoir donné l'élan à l'étude de cette branche si négligée jadis de la pathologie, revient à un praticien français, à Itard. Bonnafont, médecin militaire de notre armée, a été le digne continuateur de ce savant. Les travaux de Bonnafont ont été réellement la base de l'otologie moderne. De nos jours, les praticiens auristes français ont conservé, vis-à vis des autres otologistes de l'Europe, un rang éminent.

Le cadre spécial et restreint que nous nous sommes imposé ne nous permettra pas de traiter les questions d'anatomie descriptive, pathologique, de physiologie, comportés par notre étude ; nous nous bornerons sous ce rapport à quelques aperçus sommaires, énoncés suivant les besoins du moment, afin de nous consacrer le plus possible à notre sujet principal.

CONSIDÉRATIONS

Sur les causes et le traitemunt

# DES OTITES

## MOYENNES CHRONIQUES

## PREMIÈRE PARTIE

### Généralités.

Ainsi que toutes les cavités recouvertes de muqueuses, l'oreille moyenne est susceptible de passer par toute la série des affections qui peuvent se développer sur ces surfaces. De même qu'on appelle catarrhes certaines affections des bronches, de la pituitaire, de la vessie, etc., de même cette expression a été consacrée pour désigner l'inflammation primitive ou secondaire de la caisse, dont la muqueuse est alors parfois atteinte d'une sécrétion plus ou moins prononcée. Cependant, comme certaines affections de l'oreille ne comportent aucune sécrétion sensible, nous croyons plus exact d'établir cette différence, à l'aide des termes d'otite

sèche ou scléreuse. La définition générale serait donc la suivante : l'otite moyenne chronique est l'inflammation, soit catharrale ou sécrétoire, soit sèche ou scléreuse, de la muqueuse de la caisse, ces deux formes pouvant exister, tantôt isolées, tantôt plus ou moins combinées.

## Etiologie.

Les otites catharrales et scléreuses sont engendrées par des causes très nombreuses, très variées, la plupart peu connues, mal établies. L'otite ne se manifestant le plus souvent d'abord, que par des symptômes minimes, de faibles bourdonnements, un degré de dysécie insignifiant, échappe complètement a l'observation, à son début. Plus tard, il n'est alors plus possible de remonter à l'époque où elle a pris naissance. On en est donc réduit à admettre comme causes de l'otite les conditions diverses sous l'influence desquelles la dysécie, déjà existante depuis longtemps, a fini par se signaler à l'attention et va en progressant. La forme catarrhale pure, relativement peu fréquente, se produit surtout à la suite des phlegmasies des muqueuses avoisinant l'orifice des trompes. La forme hypertrophique, scléreuse, de beaucoup la plus habituelle selon nous, succède, soit à une affection catarrhale, ou bien s'établit, d'emblée, par suite de modifications pathologiques des tissus sur lesquelles nous insisterons plus loin. Dans les deux cas, les muqueuses des trompes et de la caisse subissent des altérations entraînant avec elles les troubles les plus graves de l'audition. Tout d'abord, la muqueuse des trompes se congestionne, s'épaissit, la perméabilité du canal qu'elles constituent s'en trouve diminuée, d'où obstacle au renouvellement de l'air dans la caisse du tympan. La phlegmasie, s'étendant ensuite à la caisse elle-même, produit le gonflement des parois de celle-ci, la dilatation des

vaisseaux superficiels, parfois aussi une hypersécrétion. La sclérose de la muqueuse et des membranes tympanique, ronde, du pourtour de l'insertion de l'étrier, ne tarde pas à s'établir pour constituer l'otite chronique définitive. La capacité de la caisse se trouvant diminuée, la chaîne des osselets devient trop longue, s'incurve, contracte des adhérences avec les parois muqueuses. L'étrier exerce sur la fenêtre ovale et par conséquent sur le labyrinthe une compression qui provoque des bruits subjectifs, l'insensibilité du nerf acoustique. L'hypersécrétion de la muqueuse détermine de l'obstruction, des dépôts; des néoplasmes enkylosent les osselets entre eux; l'étrier, dont la mobilité est si nécessaire, se couvre de calcifications et se soude sur la fenêtre ovale. Les osselets peuvent se luxer entre eux par l'incurvation forcée de leur chaîne. Quand l'air ne pénètre plus dans la caisse, par suite de l'oblitération des trompes, la membrane du tympan, déprimée par la pression extérieure, est attirée en dedans et contracte des adhérences dans la caisse. Le labyrinthe, d'abord indemne, finit par devenir malade à son tour, et il existe ainsi, très fréquemment, des otites internes consécutives à des otites moyennes.

Comme nous l'avons dit, il est assez difficile d'établir les causes premières et précises de chaque forme d'otite. Rarement, l'anamnésie et l'examen du malade montrent le point initial du développement de l'affection. L'appareil de transmission peut être lésé depuis longtemps, à l'insu du malade et de son entourage. On peut dire qu'il n'y a pas d'affections chroniques plus négligées par le malade, et même par le médecin, que celles de l'oreille. Les hôpitaux ne les recevant pas en traitement, les observations font défaut, et les questions importantes du diagnostic, de l'étiologie, des moyens thérapeutiques, ne se progressent guère. Rendons hommage à la Faculté de Bordeaux, qui vient de se pourvoir d'une cli-

nique annexe d'otologie et de laryngologie, laquelle sera dirigée par un de nos plus savants, de nos plus consciencieux spécialistes, M. le docteur Moure.

Si l'otite chronique évolue à la suite d'un état aigu, l'origine en est plus facile à déterminer; mais cette recherche est presque impossible quand, ainsi que cela arrive presque toujours, le mal s'est installé lentement, sournoisement, sans donner lieu à aucun symptôme caractéristique, si ce n'est quelques légers bruits subjectifs, intermittents ou continus.

Il est difficile de classer méthodiquement les causes si nombreuses et encore si vaguement établies des otites chroniques. Nous adopterons les groupements suivants qui n'ont rien d'absolu, mais qui nous paraissent le plus logiques :

1° Causes paraissant déterminer d'emblée, à elles seules, la naissance des otites chroniques;

2° Causes sous l'influence desquelles les otites chroniques peuvent se développer, progresser, alors qu'il y a prédisposition à les acquérir, ou alors qu'elles existent déjà à un degré plus ou moins sensible.

## PREMIER GROUPE

### Causes immédiates des otites chroniques.

Hérédité; traumatisme; action prolongée et excessive du son; brûlures par l'eau chande, par le feu; végétations parasitaires (aspergillus); otites catarrhale et purulente aiguës; catarrhes naso-pharyngiens chroniques; ozène, angines; amygdalites; parésie et paralysie de la musculature pharyngo-tubale à la suite de diphtérie; adhérence du voile du palais au pharynx à la suite d'ulcérations syphilitiques; érysipèle; eczéma du visage, du cuir chevelu; dégénérescence grais-

seuse et atrophie des muscles ayant pour mission de favoriser le renouvellement de l'air dans la caisse; scrofulo-tuberculose; syphilis; mal de Bright; mal de Pott; diabète; rhumatisme aigu, chronique; goutte; anémie; marasme; état puerpéral; dysménorrhée; ménopause; dyspepsie; état nerveux cérébral, gastrique; affections du grand sympathique, du plexus solaire; lésions valvulaires; anévrysmes; coqueluche; pneumonie; méningites, surtout pachymeningite; scarlatine, variole, rougeole, fièvre typhoïde; thyphus; scorbut; paludisme; oreillons; orchites; orchite blennorhagique; ovarites; kystes de l'ovaire; métrites; ingestion de certains médicaments, tels que : quinine et produits salicylés; intoxications par le plomb, l'arsenic, le phosphore; foyers hémorrhagiques dans le cerveau; encéphalite; tumeurs, gommes cérébrales; certains exanthèmes généraux; les maladies du labyrinthe; l'athérôme des artères.

Comme on le voit, l'étiologie des maladies de la caisse est des plus complexes. Il est à remarquer que la plupart des causes indiquées peuvent déterminer aussi, soit avant l'otite moyenne, soit concurremment, soit après, des altérations du labyrinthe tout aussi funestes pour l'audition que les otites moyennes.

## DEUXIÈME GROUPE

### Influences aggravantes.

Fatigues, efforts physiques surtout après le repas, contention d'esprit, excitations génésiques, pollutions, spermatorrhée, affections morales, frayeur, attention soutenue, conversation prolongée, mastication des aliments, excès de boissons froides, sommeil, changements rapides de tempé-

rature, froid humide, fortes chaleurs, médicaments congestionnants tels que les alcaloïdes de l'opium, abus des alcooliques, du café, du tabac, constipation, diarrhée, en un mot presque toutes les causes capables d'hypérémier directement l'encéphale ou d'amener cet effet secondairement par une réaction quelconque.

Pour peu qu'il existe une prédisposition à l'otite, toutes les causes, les plus minimes en apparence, peuvent amener le mal ou l'aggraver. Il suffit à certains malades de baisser la tête, de faire un effort, un mouvement brusque, de dormir trop tôt après le repas, pour voir leur état empirer pendant un temps plus ou moins long. Quelques personnes ont l'audition améliorée le soir, mais le sommeil de la nuit ramène chaque fois la dysécie et les bruits.

Il est à remarquer que les malades intelligents, observateurs, attribuent constamment leur pénible affection, non à une lésion locale, mais à des troubles circulatoires cérébraux. Les changements considérables qui peuvent survenir subitement dans l'audition, alors que l'otite est cependant exempte de sécrétion catarrhale et que les trompes sont parfaitement perméables, sont évidemment sous la dépendance de certaines influences circulatoires. Il y a en effet souvent, dans les maladies de la caisse, des restaurations de l'ouïe subites, énormes, étonnantes, presqu'inexplicables. Elles sont comme dues à une détente survenue dans les vaisseaux, mais malheureusement elles sont peu durables. Ces phénomènes se produisent dans des otites moyennes chroniques, sèches, accompagnées ou non de complications labyrinthiques. C'est dans ces phénomènes qu'apparaît la preuve du rôle important joué par les influences nerveuses et les conditions circulatoires dans les troubles de l'audition. Si l'otite n'était pas sous leur dépendance, de pareilles variations aussi subites ne seraient pas possibles. Elles doivent provenir de modifi-

cations importantes, instantanées survenues dans l'état nerveux général et dans la circulation locale de l'oreille.

Il est probable que, dans ce cas, l'otite moyenne est encore sous la forme d'un simple gonflement des parois de la caisse, occasionné par un simple état congestif qui peut alors se dissiper plus ou moins brusquement.

Ces améliorations singulières n'ont donc lieu qu'au début de l'affection, alors que des congestions répétées n'ont pas encore amené la sclérose de la muqueuse. Les congestions de l'organe paraissent, avons-nous dit, d'après tous les symptômes accusés par les malades, être sous la dépendance première des systèmes nerveux et circulatoire. Dans les affections de ce genre on remarque en effet, au plus haut degré, le nervosisme, l'irritabilité cérébrale ; il y a aussi des palpitations cardiaques avec ou sans lésions. La base de ces symptômes est, croyons-nous, une affection du grand sympathique, laquelle produit d'abord la congestion simple de l'oreille moyenne, puis, à la longue, l'hypertrophie, la transformation scléreuse des tissus. Ces troubles du grand sympathique nous paraissent eux-mêmes causés par un état pathologique fondamental que nous allons étudier particulièrement sous le nom d'état nerveux cérébro-gastrique.

### Etat nerveux.

Il est remarquable de constater l'influence qu'ont, sur la marche d'une otite chronique, certains troubles cérébraux et gastriques qui paraissent intimement unis. Les personnes atteintes de dysécie ont souvent les fonctions digestives dans un état de perturbation manifeste qui coïncide chaque fois avec une aggravation de l'état auditif. L'amélioration de l'ouïe est, d'autre part, accompagnée de digestions plus faciles, de détente nerveuse, de calme général.

Il y a donc là un état gastrique particulier, le plus souvent compliqué de congestion cérébrale, de spasmes nerveux, et donnant presque toujours naissance, concurremment, à des bruits subjectifs, de la surdité.

La relation intime qui existe entre les deux centres nerveux, cerveau et plexus-solaire, peut expliquer ces particularités, ces troubles cérébro-gastriques auxquels sont dus, croyons-nous, un très grand nombre de maladies de l'oreille moyenne. Les deux centres nerveux, cerveau et plexus-solaire, considérés dans leurs rapports, sont la source de phénomènes multiples qui peuvent au plus haut point compromettre l'audition. Le plexus-solaire, partie du système grand sympatique, résume les impressions nerveuses des viscères abdominaux, thoraciques, et les envoie au cerveau qui réciproquement, envoie au plexus-solaire ses propres impressions. A ce point de vue, la vie intellectuelle et la vie végétative s'unissent, se pénètrent d'une manière très sensible. Le plexus-solaire, si intimement uni au cerveau, donne aux organes digestifs leur valeur physiologique. Il est évident que tous les troubles gastriques peuvent, par l'intermédiaire de ce plexus et du grand sympathique, exercer une influence fâcheuse sur le cerveau et les organes sensoriels qu'il contient. Le cerveau exerce de même une semblable influence sur le grand sympathique et les centres nerveux abdominaux. Dans tous les cas la résultante de l'état pathologique nerveux est représentée par l'affection propre du grand sympathique laquelle, outre des manifestations variées sur les divers organes, en produit, sur l'appareil de l'ouïe, d'autres qui nous intéressent particulièrement.

L'état nerveux commence quelquefois par l'excitation du plexus abdominal, mais le plus souvent par l'excitation cérébrale.

Nous manquions d'observations à l'appui de notre manière

de voir, nous en avons heureusement trouvé un certain nombre dans une remarquable brochure, encore récente, de M. le docteur Leven, de Paris, intitulée : *Cerveau et estomac.* Ce travail est principalement une étude des phénomènes divers dus aux relations des centres nerveux cérébraux et abdominaux. Parmi les symptômes relatés dans les observations de M. le docteur Leven nous avons été frappé de voir comme les bruits subjectifs et la dycésie étaient fréquemment signalés. Ces troubles de l'audition ont d'autant plus de signification pour nous et méritent d'autant plus de créance qu'on n'a pas cherché à les mettre en relief et qu'ils n'ont été notés qu'accessoirement par l'auteur, qui avait en vue l'étude d'autres symptômes, à un point de vue différent du nôtre. Nous citerons les principales observations, mais en les résumant, faute d'espace.

*Leven* (observation). — Jeune homme, vingt-deux ans. Après violente émotion, troubles graves du système nerveux et des viscères abdominaux, palpitations, inappétence, dyspepsie. Quelques heures après les repas, bruits subjectifs de l'oreille gauche.

*Leven* (observation). — Jeune homme, vingt-trois ans. Fatigues cérébrales prolongées, marasme, anémie, état nerveux, dyspepsie, troubles subjectifs à gauche gênant l'audition.

*Leven* (observation). — Homme, trente-neuf ans. Chagrins, excès de travail. Dyspepsie, vomissements, symptômes douloureux abdominaux. Etat nerveux, bourdonnements dans les deux oreilles.

*Leven* (observation). — Femme, quarante-huit ans. Violents chagrins, état nerveux, insomnies, dyspepsie, bourdonnement de l'oreille gauche.

*Leven* (observation). — Ouvrier. Fatigues musculaires prolongées, état nerveux, polyphagie, symptômes céphaliques. Bourdonnement des deux oreilles. Avait subi à l'hôpital de Strasbourg par les soins des médecins allemands, un traitement pour

otite double, sans aucun succès. Le traitement dirigé par M. le Docteur Leven contre l'état nerveux eut raison de la maladie.

*Leven* (observation). — Dame, quarante-huit ans. Violents chagrins, état nerveux, céphalalgie, bourdonnement de l'oreille gauche, insomnie, dyspepsie.

*Leven* (observation). — Homme, soixante-trois ans. Bourdonnement de l'oreille gauche qui dure depuis de longues années et est en rapport avec la dyspepsie. Il constitue le symptôme le plus habituel aux heures de la digestion et ressemble à un bouillonnement, un bruit de vapeur. Quelquefois il s'y ajoute de l'eczéma, du catarrhe de l'oreille externe. Ce bourdonnement alterne d'une oreille à l'autre. Il est une cause de gêne pour l'ouïe.

*Leven* (observation). — Homme, trente-neuf ans. Bourdonnement de l'oreille gauche, palpitations cardiaques, vertige à la suite d'état nerveux cérébro-grastrique.

*Leven* (observation). — Dame, soixante-sept ans. Surdité double incomplète. Etat nerveux datant de quarante ans. Vertige, insomnie, tristesse. Symptômes stomacaux.

*Leven* (observation). — Homme, quatre-vingt-treize ans. Etat nerveux, surdité double incomplète. Troubles dans la motolité du membre supérieur. Symptômes gastriques datant de huit ans.

*Leven* (observation). — Homme, quarante-quatre ans. Dyspepsie depuis dix ans, probablement état nerveux. Surdité double.

Nous l'avons déjà dit, la plupart des dysécies proviennent, pour nous, d'une affection du grand sympathique, pouvant avoir des causes variées, mises en jeu par tous les organes, mais spécialement par ceux intra-abdominaux et par le cerveau. On connaît les expériences de Claude Bernard sur la section du sympathique cervical, et l'hypérémie intense qu'on peut provoquer ainsi dans la région auditive correspondante.

N'est-il pas vraisemblable de penser que la congestion chronique de l'oreille, qui est le terrain où éclosent si facile-

ment les otites scléreuses, a pour cause un état de perturbation de certaines portions du grand sympathique? Essayons de le démontrer par analogie. Il existe une maladie singulière, dénommée le goître exophtalmique qu'on rattache à une altération du grand sympathique et qui est caractérisée par trois symptômes principaux : des palpitations, de l'exophtalmie et une hypertrophie du corps thyroïde. La maladie intéresse la portion cervicale du grand sympathique, paralyse les nerfs vaso-moteurs cervicaux et cardiaques, d'où palpitations et augmentation de volume des vaisseaux thyroïdiens, congestion de l'encéphale et du centre ciliaire de la moelle, troubles oculaires. Est-il illogique de supposer qu'une altération du grand sympathique peut, d'une façon similaire, produire des lésions dans l'appareil de l'ouïe ? Il faut considérer que les palpitations cardiaques ne sont pas rares chez les gens atteints de dysécie, la congestion de l'encéphale se remarque aussi constamment chez eux. En ce qui concerne l'hypérémie de la région du cou, nous pouvons citer un malade, observé par nous, et chez lequel les aggravations de la surdité était annoncées par la congestion du larynx, un changement très sensible du timbre de la voix qui devenait grave, enrouée ; ce malade avait aussi des palpitations fréquentes. Ce phénomène se produisait chez lui brusquement, sous l'influence d'une colère, d'une émotion, ou d'un effort physique violent. Il ne pouvait être attribué à l'effet d'un refroidissement, car il avait lieu subitement dans les meilleures conditions de température ambiante. Peut-être y avait-il aussi congestion du corps thyroïde, mais nous avons omis de rechercher ce symptôme à l'époque où nous avons étudié le malade en question.

## Excitations génésiques.

Nous ne devons pas passer sous silence l'influence aggravante, considérable, que l'accomplissement de la fonction génésique exerce parfois sur les dysécies par l'intermédiaire du grand sympathique, surtout sur celles qui sont en rapport avec l'état nerveux. Certains malades, atteints d'otite moyenne et sujets à des exaspérations périodiques de leur mal, par suite d'états congestifs de l'organe, remarquent que les excitations génésiques produisent chez eux un effet réellement désastreux. Il en est même pour qui elles constituent la *cause la plus déterminante* des aggravations que subit leur affection.

Certains éprouvent, sous leur influence, des rechutes si immédiates, si pénibles, que, pour les éviter, ils préfèrent se soumettre à une continence absolue. Une pollution nocturne peut entraîner les mêmes inconvénients. Ces effets singuliers se manifestent surtout au début des otites. Quand celles-ci ont progressé, ainsi que la surdité, ils sont moins sensibles, sans doute en raison de la transformation scléreuse de la muqueuse de la caisse, qui offre alors plus de résistance à la congestion, au gonflement.

Quoi qu'il en soit, il y a là encore, pensons-nous, une action très évidente du grand sympathique, lequel, comme on le sait, entre si énergiquement en jeu dans les fonctions génésiques. On peut expliquer ces effets par l'action qu'exerce le centre génito-spinal de la moelle sur le grand sympathique. Celui-ci, à son tour, produit la prédominance des nerfs d'arrêt, dits vaso-dilatateurs, et par conséquent détermine l'afflux sanguin dans l'appareil de l'audition. Cette interprétation peut être généralement appliquée à tous les cas où un centre médullaire quelconque met en jeu le grand sym-

pathique. C'est ainsi que nous pouvons nous rendre compte de l'influence exercée sur les vaso-moteurs de la région auditive par des organes très éloignés de l'encéphale, tels que la matrice, la vessie, les testicules, les ovaires, etc. Le grand sympathique est un véritable trait d'union existant entre les viscères abdominaux, leurs centres médullaires, d'une part, et, d'un autre côté, le système vaso-moteur général. On voudra bien se rappeler plus loin, dans le cours de notre travail, la présente explication.

Nous croyons que plus on recherchera les causes des troubles chroniques de l'audition, plus on les trouvera dans un état nerveux général, dû lui-même, à une altération du grand sympathique. Il y a donc entre l'ouïe et le grand sympathique des rapports intimes.

Avant d'aborder l'étude plus approfondie de certaines autres causes des otites chroniques, nous croyons avantageux pour appuyer ce qui précède, de produire encore quelques observations relatant des cas de troubles auditifs consécutifs à l'état pathologique de certains organes ayant plus ou moins amené l'état nerveux cérébrogastrique et des altérations du grand sympathique.

### Dysménorrhée.

*Leven* (observation). — Dame, vingt-neuf ans. Menstruation irrégulière. Symptômes cérébraux, hyperesthésie aux tempes, bourdonnement des deux oreilles. Etat nerveux. Symptômes gastriques.

*Leven* (observation). — Dame, vingt-sept ans. Dysménorrhée. Symptômes cérébraux, bourdonnement de l'oreille gauche. Nausées. Etat nerveux.

### Ménopause.

*Leven* (observation). — Dame, cinquante-quatre ans. Ménopause depuis trois mois. Symptômes cérébraux, insomnie, étourdissements, bourdonnement de l'oreille droite. Symptômes gastriques. Etat nerveux.

*Leven* (observation). — Ménopause depuis quatre ans. Bourdonnement des deux oreilles, vue affaiblie. Symptômes gastriques, état nerveux.

## Médicaments congestionnant l'encéphale.

Les opiacés produisent généralement des troubles auditifs dans les otites moyennes et aggravent celles-ci. Cependant, chose remarquable, nous avons observé que dans les bruits subjectifs *dus simplement à l'anémie du labyrinthe,* les opiacés exercent d'abord une action favorable, sans doute en hyperémiant l'oreille interne et en facilitant ainsi sa fonction nerveuse troublée par le manque d'excitation circulatoire et de tonus sanguin. Telle est l'explication que nous donnons. C'est ainsi que les opiacés peuvent aussi faire disparaître de légers bourdonnements que ressentent parfois les anémiques parfaitement exempts d'otite moyenne. Mais, pour cela, il faut qu'il n'existe aucune complication dans la caisse, car dans ce cas, les opiacés exercent au contraire l'influence la plus nocive. Nous avons ouï dire que les fumeurs d'opium, en Chine, sont très fréquemment atteints de dysécie par suite de leur funeste habitude. L'opium favoriserait sans doute chez eux, à la longue, la sclérose de la caisse par suite de l'état congestif continu de celle-ci. L'iodure de potassium semble

produire un effet analogue ainsi que tendrait à le prouver l'observation suivante :

*Leven* (observation). — Homme, 38 ans. Iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour donné pour rhumatisme articulaire. Symptômes cérébraux. Etourdissements fréquents, insomnie, surdité de l'oreille droite, symptômes gastriques.

Les fièvres éruptives, la fièvre thyphoïde, produisent l'état nerveux accompagné parfois de lésions presqu'immédiates de l'appareil auditif. On remarque souvent de la dysécie à la suite de rougeole, variole, scarlatine, fièvres paludéennes; mais c'est surtout la fièvre thyphoïde qui amène de fâcheuses et durables perturbations de l'ouïe par suite d'otite moyenne. Recourons encore aux observations que M. le Docteur Leven a recueillies à son point de vue, et que nous utilisons au nôtre.

*Leven* (observation). — Homme, quarante-un ans, fièvre thyphoïde à dix-sept ans. Symptômes cérébraux depuis cette époque, vertige, troubles visuels, surdité de l'oreille gauche. Symptômes gastiques.

*Leven* (observation). — Dame, trente-huit ans, fièvre thyphoïde à cinq ans, coqueluche à douze ans. Violentes migraines, ouïe affaiblie, troubles gastriques.

L'état nerveux cérébro-gastrique, les troubles du grand sympathique, qui en sont le résultat, se produisent encore à la suite du choléra, de la dysenterie, mais c'est surtout la fièvre thyphoïde et, d'après nous, le paludisme qui contribuent à le faire naître.

Nous ne pouvons passer sous silence certaines causes moins fréquentes de dysécie, mais qui ont leur valeur. La syphilis, la goutte, le rhumatisme, l'arthritis, la glycosurie, l'albuminurie, certaines maladies de la peau, les hémor-

rhoïdes, la constipation, la diarrhée ont, plus ou moins un retentissement fâcheux dans les fonctions auditives. Essayous de le prouver par quelques observations.

### Glycosurie.

*Leven* (observation). — Homme, soixante-cinq ans, glycosurie. Vertige, bourdonnement de l'oreille droite, sommeil lourd. Symptômes gastriques. Etat nerveux.

*Leven* (observation). — Homme, cinquante ans, glycosurie. Symptômes cérébraux, insomnie, surdité de l'oreille droite. Troubles gastriques.

(Observation). — Vieillard, soixante-dix ans, glycosurique. Troubles auditifs des deux oreilles, et perversion dans la perception des sons survenus depuis la glycosurie.

## Syphilis.

La syphilis envahit l'organisme, y fait élection de domicile sous les formes les plus variées. Il n'est pas rare, comme on le sait, de voir ses manifestations se reproduire, dix, vingt ans après les premiers accidents. Nombre d'affections cérébrales, spinales, oculaires, vasculaires, etc. se rattachent à la syphilis. N'est-il pas probable, certain même, qu'elle doit être la source réelle d'un grand nombre de maladies de l'appareil auditif qui éclosent sans causes appréciables. Nous connaissons bien les fréquentes affections oculaires occasionnées par cette diathèse, parce qu'il est plus facile d'en constater le caractère particulier sur l'organe visuel. Les maladies de l'oreille offrant, en dépit de causes diverses, des symptômes presqu'uniformément semblables, et se prêtant mal à l'observation, à l'analyse, il en résulte que leur origine syphilitique est aussi plus malaisée à établir. Il n'en est pas

moins vrai que la syphilis doit être bien souvent la cause véritable de graves otites chroniques qui sont les plus rebelles à tout traitement. Aussi croyons-nous que, pour peu que les antécédents d'un malade atteint de dysécie soient entachés d'une syphilis, même très ancienne, il est bon d'instituer au préalable le traitement spécifique habituellement employé contre les manifestations tertiaires, cela avant d'user de tout autre moyen. Nous croyons que souveut des améliorations notables, inespérées, seraient ainsi obtenues à l'aide d'un traitement antisyphilitique bien appliqué et suffisamment prolongé.

### Albuminurie.

*Leven* (observation). — Homme, quarante-sept ans, albuminurique. Symptômes cérébraux, hémicrânie, bourdonnement de l'oreille droite, insomnie, vue diminuée. Troubles gastriques.

*Leven* (observation). — Femme, quarante-neuf ans, albuminurique. Céphalalgie, vertiges, bourdonnements, surdité presque complète. Troubles gastriques.

### Constipation, diarrhée alternantes.

La première de ces influences est la plus active. Certains malades éprouvent une aggravation notable de léur surdité, rien que pour avoir résisté au besoin d'aller à la selle. Cet effet ne nous paraît pas dû à la compression exercée sur les vaisseaux abdominaux par le gros intestin en état de plénitude forcée. Il est plus probable que c'est l'excitation du plexus-solaire amenée par l'empêchement de la fonction intestinale qui produit la congestion de l'encéphale et par conséquent celle de l'oreille.

*Leven* (observation). — Dame, trente ans. Coliques, constipations. Bourdonnement des deux oreilles, intelligence diminuée, troubles gastriques.

*Leven* (observation). — Dame, quarante ans. Bien réglée, coliques après les repas; intelligence diminuée, bourdonnement des deux oreilles, troubles gastriques.

*Leven* (observation). — Dame, soixante et un ans. Constipation depuis trois ans, diarrhée depuis deux ans. Vertiges survenant à la suite de mouvements brusques, vue et ouïe affaiblies.

*Leven* (observation). — Dame, cinquante-sept ans. Alternative de constipation et de diarrhée. Palpitations, troubles stomacaux. Migraines, tête lourde, bourdonnements d'oreille.

*Leven* (observation). — Dame, quarante et un ans. Diarrhée depuis trois mois. Inappétence, vertige, tremblement musculaire, surdité double.

Nous pourrions multiplier les observations dénotant des troubles auditifs survenus à la suite des affections les plus variées de l'organisme, mais ce serait trop nous étendre. Faisons de nouveau remarquer en passant, combien peu il faut s'appesantir sur l'état local de l'oreille, alors que celui-ci peut se trouver sous la dépendance d'une cause générale ou éloignée qu'il faut savoir rechercher et découvrir. Nous développerons plus loin, à la partie concernant le traitement des otites, les inconvénients qui résultent de cette fâcheuse tendance à combattre l'effet au lieu de la cause.

## Orchite blennorhagique.

Enfin, nous allons aborder l'étude de certaines causes de dysécie qui sont encore peu connues et qui cependant doivent exister plus souvent qu'on ne serait tenté de le croire. Parmi elles, il en est une, qui ne nous paraît pas avoir été signalée encore, nous voulons parler de l'orchite blennorrhagique. Citons d'abord l'observation que nous possédons à ce sujet :

M. X..., militaire, a été atteint, pendant la campagne de 1871 d'une blennorrhagie qu'il a négligée et qu'il a laissé traîner en longueur. Au bout de quelques semaines, il est survenu une orchite aiguë tout aussi mal soignée, le malade ayant, malgré tout, voulu toujours continuer son service.

Dans ces conditions, la blennorrhagie continuant à se maintenir à l'état subaigu, il s'est produit chez M. X..., pendant l'intervalle d'un an à peu près, une succession d'orchites plus ou moins intenses qui se sont enfin terminées lentement, mais après avoir intéressé les deux testicules, et en laissant des épididymites chroniques avec induration notable. M. X..., qui est en ce moment atteint de surdité bilatérale assez prononcée, nous a affirmé que les bruits subjectifs, les bourdonnements, et la dysécie d'abord passagère qui en résultait, avaient apparu pour la première fois, d'une façon évidente, à la suite de l'orchite aiguë initiale, qu'en outre les symptômes auriques se seraient régulièrement répétés à chaque nouvelle poussée d'orchite. Sa surdité a été en s'aggravant petit à petit, depuis cette époque, sous la forme d'une otite moyenne chronique. Chose plus singulière, M. X... qui a été atteint depuis quelques années d'un rétrécissement uréthral qu'on a dû traiter par de nombreuses séances de cathétérisme, a remarqué que ses bourdonnements d'oreilles s'exaspéraient, quelques heures après chaque opération de sondage pratiquée dans le canal de l'urèthre.

Sans doute, nous n'avons qu'une observation de ce genre, mais, nous l'avons dit, il est très difficile d'étudier, d'analyser la marche des otites, ces affections étant négligées et passant d'abord inaperçues. Nous voyons dans le cas de M. X..., une espèce de métastase analogue à celles qui accompagnent la maladie ourlienne. Il est du reste fréquent de constater de la surdité, des bruits subjectifs dans l'orchite ourlienne. L'orchite blennorrhagique, d'une acuité si intense généralement, peut, croyons-nous, avoir son retentissement dans l'appareil de l'ouïe. Les maladies de la matrice, la grossesse, la ménopause occasionnent parfois des troubles de l'audition; il n'est donc pas impossible de rencontrer ceux-ci

dans les affections testiculaires et surtout dans l'orchite blennorrhagique. Quoiqu'il en soit, nous livrons à l'attention, l'observation originale que nous avons recueillie et qui, vu l'intelligence du malade qui en a été l'objet, mérite d'être prise en considération.

Nous croyons bien faire de citer encore, à l'appui de l'hypothèse de ces métastases, un mémoire publié dans les Archives générales de Médecine de mai 1886, sur l'orchite et l'ovarite amygdaliennes. Verneuil avait déjà en 1857 saisi la corrélation existant entre les angines et la manifestation testiculaire, et publiait un travail ayant pour titre : *Des épanchements de la tunique vaginale métastatiques de l'arrière-bouche*. Il rapporte à ce sujet deux observations dont les faits présentent une grande similitude avec ceux accompagnant les orchites ourliennes. Les journaux médicaux anglais ont cité récemment plusieurs observations de ce genre, c'est-à-dire conservant des orchites et des ovarites survenues sous l'influence d'affections pharyngiennes. Si ces dernières phlegmasies peuvent avoir un retentissement semblable dans les régions testiculaires et ovariques, l'inverse peut évidemment aussi avoir lieu, et il nous semble que des orchites, des ovarites aiguës ou chroniques peuvent à leur tour intéresser le pharynx, les amygdales, les parotides, la muqueuse nasale. L'orchite blennorrhagique surtout, étant donné l'affection purulente à laquelle elle doit sa naissance, nous paraît éminemment capable de produire ces métastases. Sans doute on nous répondra que les angines, les amygdalites, les parotidites produites ainsi ne sont pas des otites. Cependant, si l'on veut réfléchir aux liens intimes qui existent entre les affections de l'arrière-gorge et celles des trompes, de la caisse, si en outre on songe aux symptômes réels de surdité déjà constatés parfois pendant le cours des orchites ourliennes, on ne trouvera peut-être pas hasardée la supposition

que nous émettons au sujet du retentissement possible sur l'appareil auditif des maladies testiculaires, ovariques et en particulier de l'orchite blennorrhagique.

Les publications médicales sont déjà remplies de faits établissant les corrélations physiologiques et par conséquent pathologiques qui existent entre les *organes génitaux* et la *région pharyngo-parotidienne*. Nous sommes convaincus que des troubles auditifs concommittants seraient dans ces cas souvent découverts si on se donnait la peine de les rechercher. On ferait bien surtout d'en tenir compte pour l'état à venir de l'organe de l'ouïe chez les malades.

## Scrofulose et Tuberculose (1).

L'influence de ces deux états diathésiques sur la fonction auditive nous paraît devoir être prise en grande considération. Nous avons eu l'heureuse occasion d'aborder ce sujet devant M. le professeur A. Bouchard, qui, avec la netteté de vues, la supériorité scientifique propres à l'éminent anatomiste des Facultés de Strasbourg et de Bordeaux, a bien voulu nous exprimer certaines idées que nous reproduisons, ainsi qu'il suit, au grand profit de notre étude :

« Il est à admettre aujourd'hui que la scrofulose et la tuber-
« culose sont produites par le même bacille, celui de Koch.
« Il n'y a de variantes entre les deux manières d'être que
« d'après le terrain évolutif du milieu. Si le terrain est défa-
« vorable au bacille, ou, en d'autres termes, si l'état général
« de l'individu est relativement résistant à l'envahissement
« microbien, l'affinité de l'organisme pour le bacille restera
« à un degré inférieur, et se bornera à ce qu'on est convenu
« d'appeler la scrofulose. Dans le cas différent, si le terrain

(1) Lire à ce sujet quelques pages d'un puissant intérêt, au sujet de la tuberculose chirurgicale, dans les *Éléments nouveaux de Pathologie externe*, par M. le professeur A. Bouchard, de Bordeaux, Librairie Asselin, Paris.

« se trouve propre au développement, à la multiplication du « bacille, il y a tuberculose. Les deux formes, scrofulose et tu- « berculose, présentent toujours les produits microbiens, soit « à l'état infiltré, soit à l'état enkysté. Ces produits peuvent, « comme dans toutes les affections scrofulo-tuberculeuses, « frapper primitivement les tissus connectifs, muqueux, les « os, surtout les spongieux. En conséquence de ce qui pré- « cède, il existe, dans les otites moyennes désignées jusqu'à « présent sous le nom d'otites scrofuleuses, deux variétés « principales, suivant que l'évolution microbienne s'est faite « dans la muqueuse, ou bien dans les parties osseuses, spon- « gieuses qui avoisinent la caisse du tympan, l'apophyse « mastoïde surtout.

« Or, l'oreille moyenne est, à sa partie supérieure, recou- « verte par une lamelle osseuse, mince, de tissu compact « *(tegmen tympani)* en rapport immédiat avec les sinus « crâniens. A travers cette lamelle osseuse passent des « veines émissaires faisant communiquer la circulation vei- « neuse intra-crânienne avec celle de la caisse. Cette cor- « rélation explique l'extension des phlébites parties de « l'oreille aux sinus crâniens, et, réciproquement, les effets « d'hypérémie produits dans la caisse par les congestions « céphaliques. Elle explique encore la gêne circulatoire occa- « sionnée par les néoplasmes muqueux ou osseux dus à la « scrofulo-tuberculose, et les troubles qui en résultent dans « l'audition. »

Ainsi qu'on le voit, l'anatomie savamment établie et appli- quée à la pathologie, peut jeter des lumières inattendues dans des questions d'abord assez obscures.

Le remarquable aperçu anatomique que nous devons à M. le professeur A. Bouchard, peut donner l'explication du mécanisme général par lequel se produisent les troubles circulatoires dans l'oreille moyenne et les états congestifs,

scléreux qui en résultent. Nous ajouterons que l'anatomie seule est capable d'ouvrir de nouvelles perspectives pour la cure des lésions de la caisse du tympan. Trœltsch a dit quelque part que le xx[e] siècle verrait probablement de nombreuses opérations sanglantes pratiquées dans l'oreille. Nous croyons de notre côté que ce qui s'impose, dès maintenant, c'est la recherche des opérations chirugircales pouvant remédier à la vascularisation, à la tension anormales de l'appareil de transmission du son, à l'hypertrophie, à la sclérose de la caisse. On verra peut-être plus tard des incisions, des cautérisations, des pertes de substances, des oblitérations de vaisseaux, obtenus surtout par le galvano-cautère, remplacer dans les maladies de l'oreille moyenne les procédés surannés et insuffisants, actuellement en usage.

## De l'action des produits quiniques et salicylés

On connaît depuis longtemps l'effet perturbateur suscité par le sulfate de quinine dans l'appareil de l'ouïe ; il est presque constant et amène des troubles auditifs immédiats, quelquefois assez intenses. Considérés avec indifférence par tous les médecins, ces symptômes commencent cependant à se signaler à l'attention, à mesure que des observations probantes tendent à établir les inconvénients fâcheux pour l'audition qui leur succèdent. Ce qui d'abord a fait considérer le sulfate de quinine comme ne pouvant pas amener l'otite chronique, c'est que la surdité, quand elle se produit sous l'influence de ce médicament, paraît se dissiper assez rapidement. Nous croyons que l'action du sulfate de quinine laisse après elle une réelle disposition latente à contracter certaines maladies de l'ouïe et prédispose surtout aux otites moyennes chroniques qui s'établissent lentement et à la

longue, sans d'abord éveiller l'attention. On peut ériger en principe que tout phénomène qui est accompagné *d'une altération, même momentanée de l'audition,* doit laisser après lui une prédisposition plus ou moins grande aux lésions chroniques de l'oreille. C'est là pour nous un axiôme. On est forcé d'admettre, devant les effets si nets, si évidents, du sulfate de quinine, que cette substance est susceptible d'entraîner, à la suite de son emploi, des troubles plus ou moins accusés, mais permanents, dans la fonction. Quand une maladie de l'oreille devient sensible à l'observation, il y a longtemps, bien longtemps déjà, que le terrain en a été préparé, et c'est pourquoi on ne peut plus remonter à sa cause première et établir celle-ci.

Il fut un temps où le sulfate de quinine a été en Algérie une véritable panacée contre tous les maux. Nos anciens médecins d'Afrique avaient fini par voir l'élément paludéen partout, sous toutes les formes, et combattaient les affections de toutes natures avec le sulfate de quinine, qui était pour eux l'adjuvant inséparable de tout traitement. Aussi, n'était-il pas rare de trouver des malades rendus parfaitement sourds pendant qu'ils étaient en traitement dans les hôpitaux. Nous avons pu voir encore, en 1869, dans un petit hôpital de l'intérieur du territoire algérien le spectacle singulier présenté par une centaine de malades traités à outrance par le sulfate de quinine, quelle que fut leur affection (les maladies purement chirurgicales, les fractures y passaient même). Or, la moitié d'entre eux étaient tellement sous l'influence des manifestations auriques de la quinine, que certains ne saisissaient plus les interrogations qu'on leur faisait, même à une courte distance. Des doses journalières de sulfate de quinine, longtemps répétées, avaient fini par amener ce résultat. Comment peut-on admettre que de pareils troubles de l'audition ne puissent pas, exceptionnellement, nous le

voulons bien, entraîner à leur suite des perturbations définitives dans la fonction ? Le nier serait faire preuve, croyons-nous, d'un véritable manque de logique. Essayons d'étudier cette action du sulfate de quinine sur l'organisme et ensuite sur l'appareil de l'audition.

L'ingestion d'une certaine quantité de cette substance produit d'abord de l'agitation, de l'excitation cérébrale. Après, succède une réaction caractérisée par de l'apathie, de l'assoupissement, de la tendance au sommeil. Concurremment il se produit de l'affaiblissement dans la sensibilité de la vue, surtout dans celle de l'ouïe. Ces effets se dissipent d'ordinaire assez rapidement, mais se maintiennent généralement plus longtemps du côté de l'ouïe. On admet que la fièvre, l'hyperthermie sont dues essentiellement aux troubles vaso-moteurs qui modifient anormalement la production et la régularisation de la chaleur ; elles résulteraient donc d'une action exagérée des nerfs vaso-dilatateurs. C'est ainsi que la digitale, cet agent antagoniste du pouls et de la chaleur, agit puissamment contre la fièvre en ralentissant, en renforçant les mouvements du cœur ; elle agit aussi sur la circulation périphérique et amène une contraction des parois artérielles par excitation des vaso-constricteurs. Il nous semble que l'action de la quinine est presque identique au point de vue du resserrement général des artérioles qu'elle doit produire. Si on analyse les effets du sulfate de quinine sur l'encéphale, on remarque principalement ceux propres à l'*anémie de cet organe* : Dépression, sommeil, apathie, atonie cérébrale. A notre avis, les bruits subjectifs, par conséquent la dysécie, amenés par cette substance, sont dûs primitivement à un véritable état d'anémie du labyrinthe, anémie transitoire le plus souvent, mais qui peut très bien aussi persister et devenir définitive. On observe chèz les anémiques des phénomènes auditifs semblables, bourdonnements et quelquefois surdité légère.

Or, toute affection d'une partie quelconque de l'appareil auditif, réagit à la longue sur le reste de l'organe. C'est ainsi que les maladies de la caisse provoquent une otite labyrinthique consécutive. Ne voit-on pas l'état pathologique d'une partie quelconque de l'œil réagir sur les autres parties voisines, de manière à donner lieu à des affections de forme complexe ? Bien plus, est-ce que les lésions d'un œil n'ont pas parfois un retentissement fâcheux sur l'autre d'abord resté sain ? Pareille chose peut avoir lieu dans l'organe auditif, malgré la différence des conditions physiques et physiologiques des deux appareils vue et ouïe. Il est donc possible qu'une altération du labyrinthe puisse en amener une secondaire dans l'oreille moyenne et réciproquement. De même, l'otite labyrinthique, occasionnée par l'anémie quinique de l'oreille interne, se transmet ensuite, croyons-nous, plus ou moins vite, par solidarité circulatoire et nerveuse, à l'oreille moyenne, à la caisse dont elle produit l'inflammation.

Résumons en peu de mots l'action qu'exerce, suivant nous, le sulfate de quinine sur l'appareil de l'ouïe. D'abord, anémie du labyrinthe, puis plus tard otite moyenne chronique consécutive. Nous avons déjà parlé de certains effets favorables obtenus par les opiacés sur les bruits subjectifs, quand ceux-ci proviennent uniquement de l'état d'anémie du labyrinthe. Les opiacés ramènent dans ce cas dans l'oreille interne une congestion pour ainsi dire normale et nécessaire. Inversement, la quinine a donné parfois de bons résultats dans une affection de l'oreille encore mal connue, la maladie de Ménière dont certaines formes paraissent être dues à l'hyperémie du labyrinthe. Dans ces cas, l'effet de la quinine est favorable, sans doute grâce à la surexcitation qu'elle amène dans le jeu des vaso-constricteurs produisant la déplétion sanguine. Mais dans la question qui nous occupe, celle des

otites moyennes, la quinine produit au contraire, le plus souvent, le terrain éminemment propre à l'éclosion de ces maladies, par suite d'un état congestif secondaire de la caisse succédant, selon nous, à l'anémie primitive du labyrinthe. Là encore, dans cette importante question, il nous faudrait pouvoir produire plusieurs observations à l'appui de notre manière de voir. Contentons-nous, faute de mieux, d'en citer quelques-unes parmi lesquelles deux que nous avons recueillies nous-mêmes, et qui nous paraissent établir assez nettement l'origine quinique de certaines otites moyennes.

Observation. — *a*) M. P..., officier en résidence en Algérie, trente ans, avait toujours joui de l'audition la plus parfaite. En 1875, il a été atteint une première fois de fièvres paludéennes graves traitées par de fortes doses de sulfate de quinine. Il en est résulté d'abord une dureté d'oreille momentanée, mais qui a laissé à sa suite quelques bourdonnements. En 1876, nouvelles fièvres, traitement quinine, mêmes symptômes, mais M. P... s'est rappelé plus tard l'apparition à cette époque de certains signes de dysécie qui avaient échappé à son attention. En 1878, fièvres paludéennes, anémie profonde, usage du sulfate de quinine. A ce moment la dysécie fait des progrès rapides, elle s'établit d'une façon très sensible à gauche, sous la forme d'une otite labyrinthique; elle est moins sensible à droite, où l'audition paraît se conserver à un degré suffisant. M. P... ne cesse d'être en butte à partir de ce moment à des congestions périodiques bilatérales de l'appareil de l'ouïe, attaquant même l'oreille relativement plus saine. Ces poussées congestives se dissipent de moins en moins facilement et aggravent chaque fois l'état habituel de l'audition. Sans avoir alors des notions médicales suffisantes sur les causes possibles des maladies de l'oreille, il renonce cependant instinctivement à l'usage du sulfate de quinine dont l'expérience lui a prouvé les effets nuisibles. Privé pendant de longues années de soins spéciaux, il revient en France, où il est examiné par M. le Dr Ladreit de Lacharrière, médecin en chef des Sourds-Muets de Paris. Cet éminent praticien, l'honneur de l'otologie française, reconnaît chez M. P..., à gauche, une ancienne maladie de

labyrinthe avec sclérose, adhérences et rétrécissement de la caisse, et à droite, une prédisposition établie à l'otite moyenne chronique, par suite d'états congestifs, se répétant périodiquement. Il attribue l'ensemble de cette situation à des troubles du grand sympathique. M. P... ayant omis de parler dans l'unique examen dont il a été l'objet, des accidents anciens dus à l'usage de la quinine, M. le Dr de Lacharrière n'a pas eu l'occasion de se prononcer à cet égard. Il nous est permis de supposer que le savant otologiste aurait accordé à ces faits, s'il les avait connus, la considération qu'ils méritaient.

Observation. — *b*) M. B.., vingt-neuf ans, agriculteur en Algérie, avait toujours eu l'ouïe parfaitement normale. En 1882, il est atteint de fièvres paludéennes graves et il absorbe en quelques jours plusieurs fortes doses de sulfate de quinine. Il en résulte immédiatement un état de surdité prononcé avec forts bruits subjectifs, surtout à gauche. Tous ces symptômes auditifs se dissipent en apparence assez promptement, mais les bruits se maintiennent faiblement dans l'oreille gauche, où ils acquièrent parfois une intensité assez grande pour gêner l'audition. L'otite commence évidemment à s'établir. En effet, nous constatons chez M. B..., un an après les premiers accidents, une diminution de près de moitié à gauche pour l'audition de la montre. La perception des sons par la tête, également très affaiblie, dénote un grave état du labyrinthe. L'examen de la membrane du tympan gauche révèle la présence anormale de vaisseaux sur le promontoire et au niveau du manche du marteau. Nous n'avons plus revu ce malade, mais nous sommes convaincu que sa surdité a dû aller en augmentant.

Observation. — *c*) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* du Dr Lucas Championnière, tome 55, page 416 :

« Contrairement à l'opinion généralement admise, des doses » modérées de quinine et d'acide salicylique peuvent entraîner » des altérations persistantes de l'organe auditif, et d'autre part » ces lésions, même quand elles sont graves et anciennes, cèdent » à une thérapeutique bien dirigée.

» Dans un cas, une seule dose de 1 gr. 20 de sulfate de quinine » entraîna de la dysécie, des bourdonnements et même de la

» dureté d'oreille. L'examen permit de constater sur le tympan » gauche les symptômes de l'otite moyenne chronique (aspect » dépoli, tendineux et retrait de la membrane), le diapason » indiqua simultanément *une affection de l'oreille interne.* Le » traitement consista dans l'emploi de la douche d'air et l'injection » de quelques gouttes d'une solution à 3 p. 100 de chloral dans » la caisse. Les bourdonnements disparurent ainsi que les ver- » tiges et la faculté auditive s'améliora sensiblement; les symp- » tômes du côté de l'oreille interne *restèrent sans modification.*

» Dans un deuxième cas, des lésions semblables suivirent » l'administration du salicylate de soude. Cinq ans après, les » bourdonnements existaient encore. L'auteur pense que les » médicaments incriminés produisent des processus inflamma- » toires dans l'organe de l'ouïe. »

La citation ci-dessus est textuellement extraite du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*. On dirait que les faits relatés ont été créés exprès pour venir à l'appui de notre manière de voir. Mais là où nous trouvons trop optimiste l'opinion de l'auteur de cet article, c'est en ce qui concerne la curabilité de l'otite quinique. L'amélioration signalée à la suite d'injection de solution chloralique ne nous semble pas sérieuse. Elle a été due à l'irritation produite dans la caisse par la solution caustique, mais la lésion est sans doute revenue plus tard, au moins aussi forte qu'avant le traitement. Du reste, l'état du labyrinthe ne s'est pas modifié. Il s'agit donc bien dans ce cas d'une dysécie définitive due à l'usage de la quinine.

En analysant ces précédentes observations, nous constatons d'abord que la surdité d'origine quinique paraît toujours avoir débuté par une *affection labyrinthique* et que les autres troubles de l'ouïe se sont établis secondairement. Le premier accident dû à l'emploi de la quinine étant pour nous une

*anémie du labyrinthe* nous expliquons les lésions, survenues ensuite dans la caisse, par une action spéciale de sympathie ou de voisinage. Il est à remarquer que ces dernières lésions se manifestent par la congestion, l'inflammation de l'oreille moyenne auxquelles l'affection primitive labyrinthique prédispose la caisse. Sans doute, cette question est encore assez obscure, mais ce qui nous paraît vraisemblable, c'est que le point de départ de ce genre d'otites moyennes consécutives, se trouve dans une *altération primitive du labyrinthe*, probablement de nature *anémique*, causée elle-même par des désordres circulatoires nés de l'action de la quinine sur le grand sympathique et les vaso-constricteurs. Chose intéressante, la plupart de ces dysécies débutent *à gauche*. Il n'est pas impossible que la situation particulière de l'artère carotide de ce côté exerce une influence particulière sur la circulation dans la région auditive correspondante. L'insertion directe de ce tronc artériel sur la crosse de l'aorte favorise dans ce cas l'hyperémie de la caisse. Nous reviendrons plus loin sur la question du traitement de ces otites ; disons cependant en passant que M. P..., sujet de l'observation (a), une fois revenu en France, a subi tous les traitements locaux applicables à sa dycésie et qu'il n'en a éprouvé aucun soulagement. Bien plus, le mal a suivi une marche rapide à partir de ces tentatives et, tandis que son état s'améliorait parfois, auparavant, sous l'influence de modifications survenues par hasard dans son système nerveux et circulatoire général, M. P..., n'a pas tardé à tomber ensuite dans un état de dysécie continue, devenant parfois une surdité presque absolue. Son audition, qui avant tout traitement local, était restée de 6 centimètres à droite pour la montre, laquelle s'entendait appliquée à gauche, a été immédiatement réduite, sous l'influence d'insufflations médicamenteuses dans la caisse, à 3 centimètres à droite, et a disparu complètement à

gauche. Plus tard, l'état de M. P.., s'est encore plus aggravé par les pratiques que nous signalons.

Il nous semble que devant des troubles auditifs aussi nets, aussi intenses, occasionnés par la quinine, il nous est impossible de ne pas admettre tout au moins exceptionnellement les suites fâcheuses que peut laisser, sous la forme terminale d'otites chroniques, l'usage de ce médicament. Des observations futures plus nombreuses corroboreront certainement un jour notre manière de voir.

Nous avons mis en cause parallèlement à la quinine les produits salicylés. Ceux-ci étant d'un usage assez récent nous n'avons pas pu recueillir à leur sujet d'autre observation que celle indiquée sommairement par le Journal du Dr Lucas Championnière. Cependant cela ne suffit-il pas pour établir vraisemblablement les troubles qu'ils peuvent amener dans l'audition? Remarquons que les accidents immédiats, momentanés, qu'ils occasionnent dans la fonction auditive sont au moins aussi énergiques que ceux causés par le sulfate de quinine. Il est permis d'admettre que l'usage des produits salicylés conduit alors aux mêmes inconvénients permanents. L'action de ces substances médicamenteuses paraît être vaso constrictive et anémiante du labyrinthe comme celle de la quinine.

Nous avons fait remarquer que chez les anémiques il y a souvent des bruits subjectifs qui paraissent prendre leur source uniquement dans le labyrinthe. L'état de la caisse chez ces malades ne dénote en effet aucune altération qui lui soit propre. Chose remarquable, ces bruits s'établissent de préférence *pendant le sommeil,* alors que l'encéphale est par conséquent anémié, et c'est le matin qu'ils se constatent au

plus haut degré. Ils se dissipent dès que le réveil a rétabli l'énergie voulue dans la circulation. L'ingestion d'une boisson excitante, d'un aliment, d'une petite quantité d'opium les fait assez rapidement diminuer. C'est la preuve évidente du rôle considérable que joue l'anémie labyrinthique dans certaines affections auditives à leur début. Nous venons de signaler l'effet défavorable que produit le sommeil chez les anémiques atteints de bruits subjectifs. Dans certains otites on voit aussi l'audition s'améliorer du matin au soir et diminuer pendant la nuit, de manière à faire perdre le bénéfice acquis pendant le jour. Dans ce cas, il existe, croyons-nous, une double otite, moyenne et interne, et c'est à l'anémie du labyrinthe augmentée par le sommeil, à l'otite interne, que doit être attribuée l'aggravation nocturne. Au contraire dans les otites moyennes à peu près exemptes de complications labyrinthiques, c'est le matin, par suite du repos et de la décongestion qui en est la conséquence, que l'audition se trouve en meilleur état chez les malades. Les épreuves par le diapason sont à l'appui de notre manière de voir. C'est le matin que la perception des sons laisse le plus à désirer dans les affections labyrinthiques; le contraire a lieu dans celles de la caisse. Ces variations qui surviennent dans l'état de l'audition ont déjà été vaguement signalées mais non encore expliquées, ainsi que nous venons de le faire.

# DEUXIÈME PARTIE

## Traitement des otites moyennes chroniques.

Nous avons essayé d'établir que les otites moyennes étaient dues surtout à des diathèses, des états généraux de l'organisme ou des lésions d'organes parfois assez éloignés de l'encéphale, et que la plupart du temps ces causes nocives étaient suivies d'une altération du grand sympathique exerçant une action directe sur la vascularisation de l'oreille. Sans doute une partie de ces conclusions n'est pas tout à fait nouvelle, mais nous envisagerons cependant, sous certains rapports, la question à un point de vue qui nous est propre. Pour nous, les maladies chroniques de l'oreille sont presque toujours des manifestations, des effets, contre lesquels le traitement local, si généralement mis en usage, est inefficace ou dangereux. Nous croyons qu'il faut constamment rechercher et traiter les *causes réelles* de ces affections. L'insuccès presque universel des méthodes de traitement locales prouve, surabondamment, combien on néglige l'indication causale pour ne s'attacher qu'à une lutte vaine contre des manifestations entretenues par des états pathologiques pri-

mitifs auxquels on ne prête pas la considération prépondérante qu'ils méritent. Rappelons-nous toujours le vieil adage : « *Sublatâ causâ tollitur effectus.* » La médication dirigée uniquement contre les symptômes n'est pas plus sensée dans les maladies de l'oreille qu'ailleurs. Les traitements chirurgicaux théoriquement les plus savants, dirigés directement contre l'état local, échouent ou ne produisent presque rien là où de simples et vulgaires dérivatifs sur l'intestin peuvent amener des améliorations très notables, quoique momentanées. Sans doute il ne faut pas être exclusif et nous admettons, comme nous l'expliquerons plus loin, l'usage des moyens thérapeutiques locaux, mais celà dans une mesure prudente, et simplement à titre d'adjuvants du traitement dirigé, autant que possible, contre la cause réelle. La recherche des causes possibles d'une otite moyenne chronique, est, nous ne saurions trop le répéter, très difficile. Nous connaissons les plus fréquentes, les plus importantes. Il faut d'abord, en présence d'une altération de l'oreille moyenne, examiner l'état du pharynx, de la muqueuse nasale, car les phlegmasies propres à ces régions peuvent donner lieu quelquefois aux seules modifications pathologiques de l'oreille qui soient peut-être curables par un traitement local approprié. Ensuite il convient de rechercher l'état nerveux cérébro-gastrique, les diathèses, l'infection syphilitique, l'arthritisme, la scrofule, l'anémie, les antécédents au point de vue des maladies fébriles, éruptives. Bref, dans une dysécie qui ne paraît pas nettement due à la phlegmasie des régions avoisinant les trompes, il faut accorder grand crédit aux troubles les plus divers de l'organisme et d'abord diriger le traitement contre eux, avant d'employer les moyens d'action locaux qui doivent, eux, être considérés comme une ressource ultime. Les lésions locales de l'oreille moyenne, hypertrophie, sclérose, adhérences, congestions des vaisseaux, dépression du tympan

existent presque toujours à divers degrés, mais très souvent sans aucune hypersécrétion dans la caisse, sans aucune obstruction des trompes, sans affections chroniques de la gorge ou de l'arrière-région des fosses nasales. Ce qu'on remarque la plupart du temps dans ces cas, c'est un éréthisme nerveux général amenant vers l'oreille des périodes de congestion, d'abord rares et espacées, ensuite de plus en plus fréquentes, finalement établies à demeure. L'audition se rétablit plus ou moins pendant les rémissions; petit à petit il se forme dans la caisse des transformations scléreuses fixes. La surdité est alors plus prononcée, mais l'état de l'audition plus stable, moins sujet à de grandes variations.

En consultant les traités d'otologie les plus récents, on est frappé de voir comment la question d'étiologie est obscurément établie, et combien (il faut avoir le droit de le dire) le traitement est institué au hasard, d'une manière empirique, indécise. Tous les moyens mis en usage contre les otites moyennes ne s'attaquent, la plupart du temps, qu'à l'effet, c'est-à-dire aux altérations locales.

En présence d'une affection de ce genre, le diagnostic peut d'abord faire constater des trompes, des caisses, tantôt engouées, tantôt scléreuses, rétrécies par le gonflement de la muqueuse, ou obstruées par la sécrétion catarrhale. Que fait-on alors? Le premier moyen qui tend à s'imposer à l'idée, c'est la dilatation de ces cavités, l'action directe sur la région malade. Deux procédés sont employés pour cela : 1° Passage de bougies filiformes, dans le but de dilater la trompe seule. 2° Insufflations gazeuzes sans pression, afin de dilater concurremment la trompe et la caisse. C'est là, en résumé, tout ce qui existe pour obtenir la guérison de la plus grave affection de l'ouïe. Parlons d'abord du premier moyen, la dilatation des trompes par les bougies filiformes. En ce qui concerne l'atrésie des trompes, alors que la caisse est encore intacte, il

est certain que la dilatation, à l'aide de bougies de grosseurs graduées, constitue un moyen efficace. Il a été du reste très recommandé par Bonnafont, qui l'employait beaucoup et obtenait des améliorations brillantes dans les cas de dysécie dus à l'obstruction des trompes. Les phlegmasies légères de la caisse, provoquées par l'état de la trompe, en sont aussi favorablement influencées en raison du renouvellement plus facile de l'air dans l'oreille moyenne, quand la dilatation est ainsi obtenue. On remarquera que ce procédé curatif ne s'attaque *aucunement à la caisse*, laquelle reste à l'écart de toute violence.

Quand on lit l'ouvrage de Bonnafont, on est frappé de la valeur qu'en raison de sa grande expérience pratique ce savant accorde à la dilatation des trompes par les bougies. Le contact de celles-ci est bien supporté ; elles peuvent longtemps séjourner dans la trompe, une heure même ; pendant ce temps, elles assurent, par une action lente, uniforme, soutenue, une dilatation qui finit sûrement par devenir permanente au bout de quelques séances. Comme nous l'avons dit, il n'en résulte aucune action mécanique violente dans l'intérieur de la caisse et sur les membranes labyrinthiques. Tout au plus le contact des bougies excite-t-il sur la muqueuse de l'orifice interne de la trompe une légère inflammation substitutive, résolutive. Cette dilatation temporaire des trompes, à l'aide de bougies, nous semble donc devoir être employée avec confiance, toutes les fois qu'on aura affaire à une réelle atrésie de ces canaux, à des strictures, à des gonflements hypertrophiques. En le bornant à ces indications, nous nous rallions à l'emploi de ce procédé, dont on a cependant abusé, mésusé aussi, en s'en servant parfois indistinctement contre toutes les maladies de la caisse, alors même que les trompes restaient perméables à l'air.

Nous allons insister plus longuement sur la méthode des

insufflations sous pression. Il paraît très simple au premier abord de pouvoir dilater la cavité de la caisse en y insufflant de l'air comprimé. Ce résultat serait possible si les parois de cette cavité étaient homogènes et leur force de résistance uniforme. Or, il est loin d'en être ainsi dans l'oreille moyenne. Nous voyons là des parois tantôt membraneuses, tantôt plus épaisses, ou sous-tendues de régions osseuses, bref un ensemble de parties dissemblables comme force de résistance. Il s'ensuit que l'air sous pression, pénétrant dans la caisse, dilate surtout les parties extensibles, les membranes minces et ne produit que peu d'effet sur la sclérose des tissus plus résistants appliqués sur des parois osseuses. Qu'on nous permette une comparaison quelque peu singulière mais juste. Si on imagine la vessie hypertrophiée en certaines de ses parties, et le canal de l'urèthre atteint de strictures, on a là une cavité offrant, plans osseux à part, à peu près l'image fantaisiste de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache, supposées aussi atteintes de lésions plus ou moins prononcées. Or, nous croyons que si, dans le but de remédier à cet état de choses, on pratiquait des poussées d'air comprimé dans le canal uréthral et la vessie, on pourrait réussir à dilater tout, excepté justement les strictures et les parties hypertrophiées. C'est à peu près ce qui arrive dans l'oreille moyenne. Les insufflations d'air paraissent d'abord assez efficaces, grâce au bombement du tympan et à la tension de la chaîne des osselets qui en résulte, mais elles finissent par n'amener que des résultats de plus en plus faibles. Leur emploi prolongé arrive à ne plus donner aucune amélioration sensible. C'est qu'alors les membranes tympanique et ronde se sont relâchées, le tympan est devenu flottant, incapable de vibrer, de maintenir la rigidité de la chaîne des osselets ; les régions rondes et ovales étant devenues moins résistantes, la pression de l'air se transmet sans ménagement au laby-

rinthe, comprime, lèse les ramifications du nerf acoustique, d'où souvent otite labyrinthique secondaire. La muqueuse de la caisse, d'abord simplement gonflée et par conséquent quelque peu dépressible par la force de la douche d'air, s'irrite, devient ensuite scléreuse, résistante, par suite de ces contacts répétés d'air froid en mouvement et sous pression. L'insufflation d'air dans l'oreille moyenne par le cathéter, y produit une sensation de froid intense, le contact de la sonde irrite l'orifice de la trompe, le courant d'air dessèche la partie de la muqueuse sur laquelle il est dirigé. Nous avons par une expérience assez précise constaté que pour supprimer la sensation pénible de froid dans la caisse, il faudrait y insuffler de l'air à près de 40 degrés. La douche d'air dans la caisse peut, il est vrai, déplacer provisoirement les mucosités capables d'obstruer l'orifice interne des trompes ou de gêner le jeu de la chaîne des osselets; mais à côté de ce mince et provisoire avantage, les inconvénients sont graves et multiples. Nous dirons, pour résumer ceux-ci en peu de mots, que l'usage même modéré, non abusif, des douches d'air par le cathéter, suffit pour amener l'hypertrophie, la sclérose des téguments internes de la caisse, le relâchement des membranes, des altérations sérieuses du nerf acoustique, en un mot, des lésions incurables de l'appareil de l'ouïe. Ces résultats sont encore plus funestes naturellement quand les douches d'air sont employées avec excès, ainsi que cela arrive trop souvent malheureusement. Nos spécialistes français, nous nous plaisons à le dire, pratiquent la thérapeutique des maladies de l'oreille avec une modération, un sens relatifs, qui sont bien au-dessus des procédés violents, excessifs, usités par les médecins auristes étrangers, allemands surtout. Nous nous abstiendrons donc d'attaquer directement les opinions, les divers systèmes de traitement relatés dans les œuvres de nos otologistes nationaux. Nous

trouverons dans les ouvrages parus à l'étranger tout ce qu'il nous faut pour asseoir nos critiques et établir notre jugement. Laissons, pour commencer, au célèbre Dr Adam Politzer de l'Université de Vienne, le soin d'apprécier, lui-même, la valeur des procédés curatifs que nous nous sommes donné la tâche de combattre.

*Traité des maladies de l'oreille* (Dr Politzer, Vienne). — « Dans les affections adhésives (otites scléreuses moyennes) » la douche d'air dans la caisse produit rarement ces amé- » liorations que l'on observe dans les catarrhes séro-muqueux. » On constate même assez souvent, immédiatement après » l'opération, une diminution notable de l'audition par la » compression du labyrinthe. »

*Idem.* — « L'amélioration de l'ouïe qui suit la douche d'air » persiste rarement, il arrive quelquefois qu'après quelques » minutes, même au bout de quelques secondes, l'amélio » ration de l'audition a complètement disparu. »

*Idem.* — « Il se présente même des cas où le seul emploi » de la douche d'air agit d'une façon fâcheuse et où par con- » séquent tout traitement local n'a qu'une action nocive. »

*Idem.* — « Une trop longue durée du traitement produit » une aggravation dans la plupart des cas. L'amélioration de » l'ouïe résultant du traitement est rarement persistante parce » que les tissus qui fixent les osselets ont une tendance à la » rétraction, au resserrement. Dans la plupart des cas on » remarque une diminution au bout de quelques mois et, au » bout d'une année environ, on constate fréquemment, non » seulement la disparition totale du résultat obtenu, mais » souvent même une altération fonctionnelle plus prononcée » qu'avant. Quoiqu'en beaucoup de cas on obtienne un état » stationnaire pendant un certain nombre d'années, par les » méthodes décrites, assez souvent cependant le traitement

» local reste sans résultat parce que la maladie progresse. » Ce sont le plus fréquemment les otites moyennes à marche » lente, accompagnées de bruits subjectifs constants, contre » lesquelles échouent tout traitement. L'expérience montre, » d'une manière certaine, qu'il y a même des cas où la mar- » che défavorable est accélérée par le traitement local.

» Le plus souvent les bruits subjectifs accompagnant les » otites moyennes sont affaiblis par la douche d'air, mais cet » effet ne persiste que rarement et, au bout de peu de temps, » les bruits reprennent leur intensité première.

» Fréquemment les bruits subjectifs dont l'intensite a » diminué redeviennent plus forts, si le traitement est conti- » nué trop longtemps. Il se peut même qu'une cure trop » longue amène des bruits, là où il n'y en avait pas aupa- » ravant. »

On remarquera que toutes ces décevantes constatations qui précèdent émanent d'un éminent praticien partisan, jusqu'à un certain point, du traitement local. Il n'est pas difficile d'évaluer ce que ce système thérapeutique, si universellement employé cependant, peut produire comme résultat réellement favorable. Rien ou presque rien mementanément, et des aggravations constantes dans la suite! Il est à remarquer que cet engouement pour le traitement local est l'effet de la tendance invincible qu'éprouve le médecin auriste d'agir directement sur le mal, de faire toujours et séance tenante, acte opératoire, sans essayer les moyens pouvant être dirigés vers la cause cachée, dissimulée, mais réelle des lésions de la caisse. Et puis quelle indécision, quels tâtonnements, quel empirisme! Comment au préalable établir si un traitement local est indiqué ou non? Comment déterminer à l'avance, ce qu'il doit être comme durée? Il y a peu d'affections vraiment où l'inconnu, l'aléa en matière de traitement soient aussi ordinaires et où les résultats puissent être aussi constamment

problématiques. On en est réduit, devant un pareil état de choses, à se dire qu'il vaudrait mieux n'avoir rien tenté, n avoir rien fait. Qu'un traitement ne réussisse pas, nous le comprenons volontiers, mais que son emploi soit préconisé, suivi, en dépit de tels inconvénients, c'est ce que nous ne pouvons admettre. Si encore l'air sous forme de douches était resté le seul levier employé, il n'y aurait qu'un mal relatif; mais on s'est dit que les médicaments à l'état de gaz ou de vapeurs devaient avoir leur rôle tout tracé. On a donc dans ce but employé, mélangées à l'air des substances variées, cela au hasard, sans chercher pourquoi on usait de l'une plutôt que de l'autre. Les médicaments ainsi introduits dans la caisse produisent une irritation plus ou moins forte qui doit diminuer la sclérose, la raideur des points d'attache des osselets, les parties ainsi tuméfiées devenant plus extensibles. On suppose encore que quand il y a simplement infiltration cellulaire, les éléments cellulaires, non encore organisés peuvent être en partie décomposés par l'irritation et résorbés.

On emploie la vapeur d'eau; on suppose sans doute qu'elle doit être émolliente;

— les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, supposées résolutives;

— les vapeurs d'iode, sans doute pour provoquer la résorption des tissus de nouvelle formation;

— les vapeurs d'éther iodhydrique;

— — d'acide acétique;

— — d'ammoniaque pur;

— — d'acétone (?);

— — d'éther sulfurique;

— — d'acide pyroligneux (?);

On emploie les vapeurs de goudron, probablement comme antisécrétoires ;

— — d'essence de térébenthine, dans le même but que le goudron ;

— — de diverses substances balsamiques, résineuses ;

— — d'iodoforme ;

— l'air expiré par les poumons du malade ;

— l'acide carbonique ;

— l'hydrogène.

Extrayons encore de l'ouvrage du docteur Adam Politzer quelques alinéas qui parleront éloquemment à notre place.

*Traité des maladies de l'oreille* (Dr Ad. Politzer). — « L'effet « de ces vapeurs, même dans les formes sécrétoires du « catarrhe de la caisse, de beaucoup les plus favorables au « point de vue du pronostic, n'est pas constant, et leur emploi « est limité au cas où, malgré les douches d'air, le gonflement « de la muqueuse et la sécrétion persistent obstinément. « Dans les affections purement scléreuses ou adhésives, dont « le pronostic est moins favorable, nous devons donc attendre « de l'emploi de ces vapeurs des résultats thérapeutiques « encore plus insignifiants. »

*Idem.* — « On sait d'ailleurs que les vapeurs produisent « souvent des embarras de tête, un accroissement des bour- « donnements, une aggravation de la surdité, une augmenta- « tion du catarrhe naso-pharyngien et une irritation de tout le « tractus respiratoire. »

Si l'on ajoute aux effets désavantageux que produit l'usage des simples douches d'air les inconvénients dus aux vapeurs médicamenteuses, il n'est pas étonnant de trouver plus d'aggravations que de guérisons avec une si nuisible action locale. On ne s'en est pas tenu là. L'idée d'injecter des liquides dans l'oreille moyenne devait suivre de près l'emploi

des vapeurs. Les liquides, l'eau pure seule, par exemple, déterminent une irritation plus intense que les vapeurs. C'est avec aussi peu de discernement que pour l'emploi de ces dernières qu'on a choisi les substances destinées à être dissoutes dans l'eau comme véhicule et à former la matière à injecter. Citons les principales en usage : Potasse caustique 1/400, soude caustique 1/60, carbonate de lithium 0,1/30, sel ammoniac 1/80, chlorure de sodium 1/30, bicarbonate de soude 1/20, borate de soude 1/40, iodure de potassium 1/30, nitrate d'argent 0,2/30, sublimé corrosif 1/100, chloral 1/30, acides acétique et lactique 1/160, acide chlorhydrique 0,25/180 (1).

Quelques-unes de ces solutions sont, comme on le voit, très concentrées, tout à fait caustiques. Nous ne ferons que signaler la difficulté opératoire qui consiste dans l'obligation de n'injecter dans la caisse que quelques gouttes de solution à la fois, et par conséquent, le danger présenté par la possibilité d'y envoyer de trop fortes quantités de liquide et d'occasionner ainsi des otites aiguës mortelles. Veut-on bien songer à l'irritation que de pareilles solutions peuvent produire sur la muqueuse des trompes et de la caisse ? Il s'ensuit toujours, selon le degré de sensibilité individuelle, une vive douleur, et une inflammation qui s'ajoute à celle primitivement existante. Au début de leur emploi, ces injections ramollissent les surfaces internes par irritation des tissus, mais cet effet devient de moins en moins prononcé, car ces irritations successives se résolvent toujours en une transformation sclé-reuse de la muqueuse et des membranes qui deviennent moins sensibles à leur contact. L'otite pure, c'est-à-dire

(1) La cocaïne vient d'être essayée en instillation dans la caisse, dans le but d'obtenir la constriction et la décongestion de la muqueuse. Outre que cette action purement théorique paraît assez douteuse, nous dirons que certains praticiens attribuent au contraire à la cocaïne un effet inflammatoire. Ajoutons que ce procédé constitue justement une de ces injections liquides dont nous signalons les mauvais résultats.

considérée comme une simple lésion inflammatoire ou catarrhale des tissus revêtant la caisse du tympan, peut guérir ainsi, mais au prix de la sclérose, et par conséquent de la perte presque complète de l'audition. C'est là, convenons-en, un singulier résultat comme cure. Tout le monde sait que la méthode substitutive tend toujours à la formation de tissus fibreux cicatriciels. Pareille chose arrive fatalement avec les pratiques que nous signalons.

Citons encore les aveux qui échappent à ce sujet à la loyale impartialité du docteur Ad. Politzer :

*Traité des maladies de l'oreille* (Dr Ad. Politzer). — « Le fait « qu'on observe assez souvent, après une forte injection « liquide irritante dans l'oreille moyenne, une amélioration « plus considérable que si l'injection est moins caustique, est « probablement, auprès de quelques spécialistes, la cause de « l'emploi de solutions très irritantes. Mais, si l'on examine « avec soin le résultat du traitement, on trouve que, précisément dans ce cas, où il y a eu pendant la cure une forte « réaction inflammatoire dans la caisse, il y survient, souvent « quelques mois plus tard, une aggravation si rapide que la « surdité devient plus considérable qu'avant le traitement. »

Nous croyons que ce funeste résultat, avoué par le docteur Ad. Politzer, n'est pas une exception, mais qu'il est la suite habituelle, à des degrés plus ou moins prononcés, de toutes les pratiques capables d'irriter l'oreille moyenne, douches d'air, de vapeurs, injections caustiques. La réaction inflammatoire produite par l'agent irritant amène d'abord le ramollissement des tissus et une amélioration, momentanée au début du traitement, mais en même temps elle crée un terrain éminemment propre à la formation de nouveaux produits pathologiques, qui, après le départ de l'irritation, rendent les néoplasmes encore plus raides, plus rétractés, plus tenaces qu'auparavant.

*Idem.* (Politzer). — « Mais, même avec les précautions indi-
« quées, il n'est pas rare que le traitement médicamenteux
« devienne pernicieux en amenant, au bout de peu de temps,
« une rapide aggravation. Je dois surtout signaler les incon-
« vénients de ce traitement dans les otites moyennes à
« marche lente, où l'on ne trouve de modifications patholo-
« giques, ni sur la membrane du tympan, ni dans la trompe
« d'Eustache. »

Il arrive parfois que le traitement local est dirigé contre un état pathologique supposé de la caisse, alors que celle-ci en *est parfaitement indemne* et qu'il n'existe qu'une affection labyrinthique. S'il est relativement aisé de diagnostiquer une maladie de la caisse seule ou accompagnée d'une maladie du labyrinthe, la chose est plus difficile quand l'otite *interne* existe uniquement. Dans ces cas il n'est pas rare de voir les douches d'air, de vapeurs, les injections employées dans une oreille moyenne à peu près normale et où ces pratiques ne tardent pas alors à produire une inflammation qui n'existait pas avant. Sans doute, il y a des méthodes d'investigation, celles de Rinne, de Gellé et de quelques autres praticiens qui peuvent donner des renseignements assez certains. Nous croyons même qu'un spécialiste ayant une science et une expérience exceptionnelles pourra se mettre au-dessus d'erreurs de ce genre, mais il n'en est pas moins vrai, qu'en général, le diagnostic de la nature d'une dysécie est la chose la plus ardue, et qu'alors des traitements locaux, déjà d'une innocuité plus que douteuse, deviennent, étant dirigés à faux, tout à fait désastreux. Nous l'avons dit, il est difficile aux praticiens de résister au désir d'agir directement sur l'état de l'oreille, de faire par conséquent fréquemment acte opératoire et dans ce but de se servir, même au début d'otites insignifiantes, de moyens qui ne devraient exister qu'à l'état de ressource ultime, dans les cas graves, désespérés, alors que

toutes autres tentatives auraient échoué. On serait alors sûr au moins de ne pas se faire l'auxiliaire de la maladie.

Disons quelques mots en passant du traitement des otites moyennes chroniques par le séjour dans des cabinets pneumatiques. Magnus et Trœltsch refusent toute valeur à cette méthode de traitement. Nous croyons que l'action lente, uniforme, durable de l'air comprimé, sur la muqueuse de la caisse, peut produire des résultats favorables, surtout quand il n'y a pas de sclérose prononcée. Mais il y a loin de ce moyen au mécanisme violent des douches d'air. L'air comprimé des cabinets agit à la façon de la pression atmosphérique, sans violence directe sur l'appareil de l'ouïe. Il y a simplement une transmission graduée de la pression ambiante, par l'intermédiaire des voies respiratoires. On constate expérimentalement que l'altitude, c'est-à-dire la diminution de la pression atmosphérique, produit souvent des effets favorables sur l'organisme, en déterminant la congestion des capillaires de la périphérie du corps. Il en résulte la déplétion sanguine des organes internes, chose souvent avantageuse, dans les congestions pulmonaires par exemple. Cet effet résulte d'un défaut d'équilibre entre la pression extérieure *diminuée* et celle plus forte que le tonus musculaire de l'organisme a l'habitude de supporter. Inversement, si la pression augmente, comme cela arrive dans les cabinets pneumatiques, il peut se produire une diminution de l'hyperémie des surfaces, et il n'y a rien d'étonnant à ce que la muqueuse de la caisse directement en communication avec la pression extérieure se dégonfle, se réduise dans une certaine mesure au bénéfice de la cavité de l'oreille moyenne et de la tension de la chaîne des osselets. Dans tous les cas, ce traitement, en admettant que ses effets soient douteux, ne peut, croyons-nous, entraîner aucun inconvénient semblable

à ceux que déterminent d'autres actions mécaniques dirigées dans la caisse.

Certains médecins auristes, non contents d'insuffler de l'air avec la poire à main, sous une pression relativement modérée, ont imaginé de pratiquer des douches sous l'énorme détente fournie par une à deux atmosphères. Ce système donne parfois, il est vrai, des améliorations immédiates mais pas plus durables qu'avec les autres procédés d'insufflation, et la sclérose en résulte tout aussi facilement ; il ne serait pas nécessaire de le dire. Un danger de plus offert par cette méthode, est le relâchement excessif des parois molles de la caisse, la rupture des membranes. L'éclatement du tympan est dans ce cas la première des choses à craindre. Nous en avons vu un cas à la suite d'une douche d'air pratiquée sous la pression d'une atmosphère et demie. Si dans une surdité rebelle à tous les autres traitements, complète, ancienne, ou voulait user de ces hautes pressions, il faudrait, croyons-nous, donner un point d'appui au tympan, en appuyant fortement, pendant la détente de l'air, sur le tragus, appliqué lui-même aussi hermétiquement que possible sur le méat.

C'est le moment d'aborder la dernière partie de notre étude, et d'exposer, tel que nous le comprenons, le traitement des otites moyennes chroniques. Enumérons rapidement d'abord quelques moyens d'action anciennement connus. En ce qui concerne ceux employés dans le conduit auditif externe contre les maladies de la caisse : Instillations d'huile, de glycérine, de topiques divers, disons qu'il ne faut en attendre aucun résultat. Cependant, nous ferons une réserve pour les irrigations d'eau chaude pratiquées dans le conduit auditif et sur le tympan, car nous en avons retiré un effet favorable assez marqué. Ce qui agit dans ce cas, c'est l'élément chaleur. On sait quels effets décongestionnants, anémiants, la chaleur, sous la forme d'eau chaude, peut produire à la surface des

tissus. Les irrigations que nous recommandons doivent se faire pendant trois minutes au moins par jour, sous une pression très légère, avec de l'eau à 40 degrés, lancée à l'aide d'une canule assez grosse, mais de diamètre inférieur à celui du conduit auditif. Le mieux est de placer un vase d'eau chaude à un mètre de hauteur au-dessus de l'oreille, et de syphonner l'eau avec un tube en caoutchouc muni de la canule nécessaire. Nous avons obtenu avec ce moyen des améliorations de plusieurs centimètres dans l'audition de la montre.

Les révulsifs, teinture d'iode, pointes de feu, vésicatoires, etc..., appliqués sur l'apophyse mastoïde, ne produisent aucun effet ; ils sont même quelquefois nuisibles et déterminent un véritable appel inflammatoire vers la région. Les cataplasmes appliqués sur l'oreille, les pédiluves sinapisés employés pour diminuer la congestion céphalique, sont tout aussi innocents qu'inactifs. Nous ne dirons rien de plus sur ces petits moyens parfois cependant conseillés sérieusement par quelques praticiens.

En présence d'une dysécie due à l'existence d'une otite moyenne chronique évidente, il convient tout d'abord d'examiner le pharynx, les amygdales, les fosses nasales, dont les phlegmasies peuvent créer et entretenir une affection de la caisse. Dans les cas où l'état de ces régions paraitraient être, par l'intermédiaire des trompes, la cause réelle de l'otite, il conviendrait d'instituer le traitement de la façon suivante :

Contre l'affection des muqueuses avoisinant l'orifice des trompes, les douches nasales tièdes simples ou additionnées de bicarbonate de soude 10/500, de sel marin 10/500, d'alun 5/500 ; les gargarismes au chlorate de potasse, alumineux, ont à la longue une efficacité réelle. Si l'auscultation dénote simplement de l'obstruction dans les trompes par suite de sécrétion catarrhale, il convient d'attendre avec confiance les

bons effets des moyens ci-dessus. S'il y avait gonflement hypertrophique de la muqueuse des trompes, strictures dans celles-ci, il faudrait avoir recours alors à la dilatation à l'aide de bougies filiformes de calibres gradués laissées à demeure pendant une heure environ, tous les trois ou quatre jours. Dès que sous l'influence de ce moyen les muqueuses, devenues plus extensibles, sont dégonflées, les trompes livrent passage à l'air qui arrive alors facilement dans la caisse. D'une manière générale, il ne faut compter sur une restitution durable de l'état de la caisse qu'à l'aide de moyens qui, en diminuant l'inflammation et le gonflement, *sans action directe mécanique*, peuvent ramener la cavité de l'oreille moyenne à la dimension nécessaire au jeu des osselets et à l'audition. Tout ce qu'on tente dans la caisse dans le but de la dilater par la force peut d'abord produire une amélioration, mais conduit fatalement ensuite à la sclérose de la muqueuse et à une aggravation rebelle. Quand la caisse a pu ainsi reprendre des dimensions à peu près normales et qu'on a assuré la liberté des trompes, l'air pénètre naturellement, sans qu'aucune pression soit nécessaire. Le traitement que nous préconisons peut-être continué indéfiniment sans inconvénient ; cependant il ne faut pas abuser du cathétérisme par les bougies filiformes et n'y recourir qu'en cas d'obstruction bien constatée des trompes ayant résisté aux gargarismes et à l'application des astringents, des topiques.

Nous ne saurions trop le répéter, jamais on n'obtiendra, sans risquer de compromettre l'état à venir de l'ouïe, une amélioration avec les douches d'air, de vapeurs, etc... ; nous avons dit surabondamment pourquoi. Tout au plus admettons-nous, quand les trompes restent trop longtemps sans livrer passage à l'air, qu'on opère le renouvellement de celui-ci par une insufflation dans la caisse pratiquée *une seule fois,* tous les quatre ou cinq jours, soit par la méthode de Val-

salva, soit par celle de Politzer ; mais ce n'est qu'à la dernière extrémité que nous aurions recours à ces moyens, car, quelque prudemment qu'ils soient employés, ils ne sont pas sans inconvénients. La méthode Valsalva hypérémie facilement le cerveau et l'oreille, celle de Politzer produit dans l'appareil de l'audition, sur le tympan, sur le nerf acoustique des ébranlements fâcheux. S'il faut surtout éviter d'agir sur la caisse, cette réserve est moins indiquée en ce qui concerne les trompes dans le cas de gonflement ou d'hypertrophie de la muqueuse naso-pharyngienne. On peut, sans inconvénient alors, faire des cautérisations répétées du bord de la trompe avec le nitrate d'argent ou avec le galvano-cautère. Nous avons imaginé un moyen qui permet de porter facilement sur l'orifice pharyngien de la trompe tous les topiques ou caustiques nécessaires. Nous employons à cet effet un cathéter de fort calibre, dans lequel passe un mandrin, pourvu à une de ses extrémités, d'un pinceau en brosse. Ce pinceau, imbibé de solution ou garni de poudre médicamenteuse, est poussé en avant dès que le cathéter s'est engagé dans l'orifice de la trompe. Nous signalons à l'attention ce procédé facile et pratique. Nous nous servons encore, comme nous l'avons dit, du cathéter pour le passage des bougies filiformes, moyen sûr, éprouvé, de ramener le calibre des trompes à son état normal ; mais sous tous les rapports, nous rejetons l'emploi de la sonde d'Itard. Si l'examen des trompes et des muqueuses avoisinant leur orifice pharyngien ne dénote rien de saillant, il faut rechercher la cause du mal ailleurs et envisager l'*état général*, les *antécédents*, les habitudes du malade. Nous avons dit ce qu'il fallait faire à l'égard d'un état syphilitique soupçonné, c'est-à-dire, dans ce cas, instituer le traitement iodo-mercuriel. L'état des différents organes doit être étudié avec le plus grand soin, mais ce qu'il faut rechercher principalement, c'est le *nervosisme* causé par des

troubles cérébraux ou gastriques. L'état nerveux dont nous avons parlé plus haut est pour nous la cause la plus fréquente des otites moyennes chroniques qui surviennent chez les adultes. Il est lui-même sous la dépendance de la maladie d'un organe, d'un viscère quelconque, qu'on devra traiter concurremment avec les manifestations nerveuses. Il convient en tout cas, de s'assurer quels sont les symptômes qui paraissent prédominer. S'ils sont surtout cérébraux, les antispasmodiques, les bromures de potassium, de sodium le valérianate d'ammoniaque, les purgatifs, soit salins, soit aloétiques, rendent des services incontestables, d'autant plus précieux que des traitements de ce genre peuvent être répétés souvent, sans aucun inconvénient. Mais ce qui s'impose avant tout dans le genre d'affections qui nous occupe, c'est l'hygiène appropriée à chaque cas particulier, l'éloignement systématique de toutes les influences capables d'aggraver la dysécie. C'est au malade à s'étudier lui-même et à modifier son genre de vie dans ce sens. Chez des sujets dont l'état général n'est pas entaché d'anémie, le bromure de sodium peut être longtemps donné à la pose de 1 gramme à 2 grammes par jour ; pendant les périodes de surexcitation nerveuse, on peut accompagner ce médicament de quelques laxatifs salins qui, lorsque l'otite n'est pas trop scléreuse, peuvent produire aussi des améliorations notables. L'usage de la strychine de 5 milligrammes à 1 centigramme par jour, de la digitale en cas de palpitations cordiaques, paraît avoir été favorable dans quelques cas. Dans le but de mettre à profit l'action de l'ergotine sur les fibres lisses nous avons essayé cette substance, sous l'influence de laquelle nous croyons avoir obtenu une légère amélioration dans une otite moyenne scléreuse ancienne et prononcée. Il est possible que dans des cas moins graves l'ergotine puisse donner des résultats plus prononcés encore.

Un malade atteint d'otite peut quelquefois avoir, en raison de nécessités imprévues, besoin d'un surcroît immédiat d'audition. Ce résultat peut être atteint sûrement à l'aide du moyen suivant, qui nous a réussi constamment : diète, de préférence le soir, combinée avec un vomitif énergique; poudre d'ipéca, 1 gr. 50. Au lendemain matin, l'amélioration de l'audition est obtenue; elle est parfois éclatante. Nous avons essayé, dans le même but, l'apomorphine en injections hypodermiques. Le résultat a été le même ; cependant, comme l'apomorphine détermine, à un certain degré, de l'excitation cérébrale, nous préférons employer l'ipécacuanha, qui met le système nerveux dans un état de sédation plus favorable.

M. le docteur Politzer a recommandé, contre les affections du labyrinthe, l'azotate de pilocarpine par la méthode hypodermique, dans le but d'opérer, par une sudation abondante, un effet dérivatif au profit de la décongestion de l'organe de l'audition. Il aurait obtenu ainsi quelques succès. Il résulte de nos expériences que, si l'azotate de pilocapine peut être utile dans certaines otites purement labyrinthiques, l'action de cette substance est au contraire nuisible dans les maladies de la caisse, où elle augmente les bruits subjectifs.

Si le malade est faible, lymphatique, les toniques, l'hydrothérapie doivent être employés concurremment avec un exercice modéré. Dans les maladies de l'oreille, compliquées d'anémie labyrinthique, le *nitrite d'amyle* paraît avoir quelquefois diminué les bourdonnements et augmenté l'audition. Il serait intéressant de l'essayer dans l'anémie labyrinthique de source quinique. Le traitement galvanique a si rarement été suivi d'un semblant de succès qu'il n'y a guère lieu d'y recourir. On a aussi recommandé les changements d'air, de climat, etc.

Si les symptômes gastriques dominent, il est bon de sur-

veiller le régime alimentaire, de rechercher les mets convenables à l'état de l'estomac, d'éviter tout travail intellectuel ou physique qui puisse entraver la marche de la digestion. Il faut s'abstenir des repas trop copieux le soir, et ne se livrer au sommeil que 2 ou 3 heures après. Le régime lacté, le séjour à la campagne peuvent aussi produire de bons résultats dans le traitement de nervosisme causé par des désordres gastriques. Quant à l'état moral du malade, dont la cure serait si nécessaire, même indispensable dans beaucoup de cas, elle est évidemment au-dessus des ressources de la médecine.

Chez les individus scrofuleux, chlorotiques, l'usage de l'iodure de fer et la médication sulfureuse sont recommandables. Ces moyens sont à rejeter dans les formes nerveuses de la dysécie.

On pourrait nous accuser de tomber dans un excès contraire, et de nous refuser systématiquement à toute tentative de traitement sur les lésions locales de la caisse, quelles que soient les causes qui leur aient donné naissance. Telle n'est cependant pas entièrement notre prétention. Nous admettons que quand une otite moyenne devient stable, tenace, on peut quelquefois être autorisé à renouveler l'air dans la caisse, surtout quand la perméabilité des trompes n'est pas satisfaisante. Mais dans ce but, nous ne conseillons que l'emploi rare, prudent, d'une seule douche d'air, toutes les semaines au plus, pratiquée uniquement avec la poire de Politzer qu'on devra se garder de mettre entre les mains du malade, lequel ne résisterait pas au désir de s'en servir à chaque instant. Ceci n'est en somme, qu'une concession de notre part, car nous avons la conviction que les douches d'air *quelque prudemment qu'on les fasse* ne produisent qu'un résultat douteux à côté d'inconvénients pouvant être fort graves.

Pour nous résumer en peu de mots, au risque de nous ré-

péter, disons qu'en présence d'une maladie de l'oreille moyenne, nous croyons qu'il faut, toujours et avant tout, s'occuper de l'état général du sujet, rechercher les altérations particulières des différents viscères.

Sans doute, il serait illogique de ne pas tenir compte, dans une certaine mesure, des lésions locales de l'appareil auditif, de ne pas chercher à les modifier, si elles sont reconnues graves, à l'aide des moyens *limités* que nous avons décrits; mais cela étant admis, il est inutile d'user d'emblée de pratiques qui se condamnent elles-mêmes par les suites désastreuses qu'elles laissent après elles.

Nous appellerons l'attention sur un certain nombre de procédés opératoires qui ont pour but de remédier à des anomalies de tension des parties constituant l'appareil de transmission du son : tympan, chaîne des osselets, muscles. Ces procédés, trop négligés dans la pratique auriste, sans doute en raison de leur difficulté d'exécution, sont cependant capables de rendre les plus grands services. Nous ne pouvons aborder les indications spéciales de leur emploi, car nous sommes obligés de nous borner. Nous nous contenterons donc de les citer ainsi qu'il suit :

1er Section du pli postérieur de la membrane du tympan;
2e — du pli qui se détache en avant de la courte apophyse;
3e — du ligament antérieur du marteau;
4e Ténotomie du muscle tenseur tympani;
5e Perforation de la membrane du tympan.

Disons quelques mots en terminant des cornets acoustiques, auxquels les malades sont, en désespoir de cause, tentés de recourir. Nous nous contenterons de citer à ce sujet la réponse loyale faite par M. C..., le chef de la plus impor-

tante fabrique d'instruments de chirurgie de Paris, à un malade de notre connaissance qui lui demandait son avis sur cette question : « Tous ces petits instruments, quels qu'ils soient, ne rendent service qu'à ceux qui les vendent. » Nous avous passé en revue et essayé sur des malades tous les genres de cornets acoustiques possibles, et nous avons constaté que le meilleur de tous encore, c'est celui que chacun a naturellement à sa disposition : la main arrondie derrière le pavillon de l'oreille. Ce moyen si simple triple au moins la distance de l'audition.

Faisons une réserve cependant au sujet de certaines affections situées en dehors du cadre de la présente étude. Exemple : les myringites avec perforation du tympan. Dans ce cas, la dysécie peut être avantageusement modifiée par l'usage de petits appareils à disque faisant office de tympans artificiels.

# CONCLUSION

Les règles que nous avons posées pour le traitement des maladies de l'oreille pourront paraître trop prudentes, trop restrictives, mais étant donné que les améliorations réelles obtenues, à l'aide des systèmes de traitements locaux en usage, sont excessivement rares et l'insuccès ou l'aggravation à peu près *les suites constantes,* il nous a paru que nous pouvions légitimement élever la voix pour exposer notre manière de voir à ce sujet et essayer de réduire à de justes limites l'emploi des procédés dont nous condamnons l'abus.

Si aux yeux de ceux qui auront à nous juger nous paraissons avoir commis des erreurs, qu'on nous excuse en faveur de l'intention que nous avons eue de dire ce que nous croyions être la vérité.

Vu la Thèse :

*Le Président,*
Dr MORACHE.

Vu, le Doyen,
A. PITRES

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 juillet 1887.

*Le Recteur,*
OUVRÉ.

*1,335. — Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD, 91, rue Porte-Dijeaux.*